

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE
ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO
RIO GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE

Curso de Especialização em Saúde Mental: Gestão, Atenção, Controle
Social e Processos Educacionais

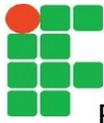
**ACOLHIMENTO: TECNOLOGIA PARA APREENSÃO DAS
QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE**

AUTORA: **ANDRÉIA SANDRI**

ORIENTADORA: ANDREA DA ROSA JARDIM

PORTO ALEGRE/2014

| | |
|---------------------------------|----|
| RESUMO..... | 03 |
| INTRODUÇÃO | 05 |
| METODOLOGIA..... | 11 |
| ANALISE..... | 14 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 17 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 19 |
| ANEXO 1..... | 22 |
| ANEXO 2..... | 23 |



acolhimento numa Unidade Básica de Saúde, da cidade de Porto Alegre, pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição-GHC; com ênfase às demandas de saúde mental dos usuários que utilizam o serviço. Para demonstrar como está sendo realizado o acolhimento no serviço de saúde, desenvolveu-se uma descrição do processo de trabalho para compreensão das demandas de saúde dos usuários, bem como queixas subjetivas que podem envolver sofrimento psíquico. Trata-se de uma revisão bibliográfica, utilizando descritores que versam sobre o tema. Foram utilizadas algumas ferramentas propostas pela Unidade de Saúde, como a planilha de controle da demanda, e seguiu-se um roteiro com base em algumas questões norteadoras, relacionadas ao processo de interação entre profissional e usuário, características do serviço, a apreensão dos aspectos emocionais dos usuários e o processo de encaminhamentos a partir do acolhimento. A principal análise sobre o processo de acolhimento na UBS compreendeu-se que o acolhedor é um orientador cujo enfoque não é restringir consultas e sim identificar como e quem pode melhor responder às necessidades das pessoas que buscam o Serviço de Saúde, dentro da realidade dos serviços. Neste sentido, é necessário que se garanta a interlocução para reflexão e avaliação da atividade realizada no dia-a-dia. É importante que os profissionais envolvidos no processo de trabalho no serviço de acolhimento da UBS percebam que as ações desenvolvidas requerem maior sensibilidade para apreensão das necessidades em saúde dos usuários e seus sofrimentos psíquicos. Entende-se que o usuário pode ser um potencial portador da doença psíquica, e quando as situações em saúde não forem percebidas para serem tratadas, poderá haver aumento da prevalência de transtornos mentais e agravamentos de danos físicos dos usuários da comunidade.

Palavras-chave: saúde mental, atenção primária, acolhimento, processo de trabalho em saúde , promoção de saúde.

ABSTRACT

This study aims to understand how the reception is held at a Basic Health Unit , the city of Porto Alegre , belonging to the Department of Community Health - Conception Hospital GHC Group , with emphasis on mental health demands of users who use the service . To demonstrate how the reception is being held in the health service , has developed a description of the work process for understanding the health demands of the users , as well as subjective complaints that may involve psychological distress . This is a literature review , using descriptors that deal with the topic . Some tools proposed by the Health Unit were used as the control sheet of the demand , and there followed a script based on some guiding , related to the process of interaction between professional and user service features , the emotional aspects of seizure issues User and process referrals from the host . The main analysis of the reception process in UBS was understood that the cozy is a counselor whose focus is not to restrict queries but to identify how and who can best meet the needs of people seeking the Health Service , within the reality of services . In this sense , it is necessary to ensure the dialogue for reflection and evaluation of the activity carried out in day-to - day. It is important that professionals involved in the work process in the host service of UBS realize that the actions developed require greater sensitivity to seizure of the health needs of the users and their mental suffering . It is understood that the user can be a potential carrier of mental illness, and when health situations are not perceived to be dealt with , there may be an increased prevalence of mental disorders and increases physical damage of the user community .

Keywords: mental health, primary care, care, work process in health, health promotion.

INTRODUÇÃO

A *doença mental* durante muito tempo foi caracterizada como uma “falha” do ser humano, causada pelos maus espíritos, tratada no campo da feitiçaria, da magia. Várias técnicas foram utilizadas ao longo do tempo para curar o *mal dos doentes*, e com o tempo, houve a necessidade da ciência investigar o universo da mente.

A história da saúde mental é marcada por anos de exclusão, confinamento, preconceito e afastamento dos sujeitos em sofrimento psíquico do convívio social e familiar. O tratamento e a compreensão sobre a saúde mental mudaram ao longo dos anos, inclusive os termos.

A loucura teve diferentes concepções ao longo da história, desde uma visão mística ao entendimento como algo obscuro, como desorganização da família, desordem social e perigo para o Estado. Estas últimas percepções aos poucos teriam se aperfeiçoado numa consciência médica que passa a considerar como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como um mal-estar da sociedade (FOUCAULT, 2004).

Inicialmente, no período pré-republicano os loucos faziam parte da paisagem urbana. De acordo com Oda e Dalgalarrodo (2005), eram nas cadeias que as pessoas alienadas, que cometiam algum tipo de delito ou perturbação à ordem social, ficavam. Alguns se mantinham nas fazendas, outros vagavam pelas ruas ou, ainda, haviam os que eram mantidos pela caridade pública.

A prática cotidiana das Instituições mantinha os cuidados asilares dos pacientes, dissociando o corpo da mente, pautando o tratamento das doenças mentais com base na medicação e na hospitalização. Prevalencia o adoecimento mental focado nos sintomas, conflitos, problemas na comunicação e nas relações interpessoais, negando a subjetividade e a identidade dos sujeitos; o profissional de saúde não percebia a pessoa, mas sim a doença.

Cabe ressaltar que o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do *movimento sanitário*, nos anos 70, em

favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologia de cuidado.

É, sobretudo, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, através de diversos campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período, a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2005).

No Brasil, a atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial.

Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do *Movimento Social da Luta Antimanicomial* e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a *Reforma Psiquiátrica*.

Com a promulgação da Lei 10.216, houveram avanços neste campo, vislumbraram-se outras modalidades de trabalho; o novo modelo de atendimento passou a ser o da desinstitucionalização, pautada nos princípios da inclusão, solidariedade, cidadania e da ética. A lei redireciona o modelo assistencial em saúde mental dos hospitais psiquiátricos, para atendimentos em instituições abertas, dando ênfase ao sujeito e às atividades coletivas;



e familiar.

Trata-se de um novo agir em saúde mental, desafio este constante aos profissionais de saúde, devendo contemplar as dimensões psicológicas, sociais e psicossociais que determinam o processo saúde-doença. O foco central passa a ser a reconstrução da vida e não mais a doença. Repensar a saúde mental hoje exige compreender os seres em sofrimento psíquico, ou seja, um cuidado centrado no ser humano, procurando integrá-lo, num movimento de totalidade.

Trazendo presente alguns dados estatísticos a nível mundial e nacional, centenas de milhões de pessoas são afetadas por perturbações mentais. A OMS estima que 154 milhões de pessoas sofram de depressão e 25 milhões de pessoas de esquizofrenia; 91 milhões de pessoas são afetadas por perturbações do abuso de álcool e 15 milhões por perturbações do abuso de drogas. Pelo menos 50 milhões de pessoas sofrem de epilepsia e 24 milhões de Alzheimer e outras formas de demência. Cerca de 877 000 pessoas morrem devido a suicídio cada ano.

Os problemas relacionados à saúde mental estão ganhando relevância em âmbito mundial; sendo que uns dos fatores mais incapacitantes da saúde estão relacionados com a depressão, drogas, esquizofrenia e transtorno bipolar. As perturbações mentais afetam centenas de milhões de pessoas, e estão fundamentalmente interligadas com doenças crônicas. A maior parte das perturbações mentais permanece não detectada e não tratada, resultando numa carga substancial e largamente evitável para os pacientes, as famílias e as comunidades.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), os cuidados primários em saúde mental melhoram o acesso e geram bons resultados de saúde. A articulação entre saúde mental nas unidades de saúde promove o cuidado no território, caminhando no sentido da promoção de outras práticas de cuidado.

Nesse horizonte, a Estratégia Saúde da Família pode significar um processo instituinte de mudanças na atenção à saúde, resgatando conceitos fundamentais de vínculo, humanização, corresponsabilidade e outros, que apontam para a reorientação do modo de operar os serviços de saúde. A partir desse referencial, busca-se estabelecer um olhar sobre o processo de trabalho em saúde e os desafios necessários para a construção de um novo fazer na atenção básica, orientado pelo princípio da integralidade, requerendo também a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho.

O cuidado integral incorpora a idéia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares e outros dispositivos; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais.

O processo de trabalho em saúde requer compreendê-lo em suas peculiaridades. Acredita-se que, para além das questões mais concretas, o trabalho deve pautar-se pelo seu principal referencial que se traduz no ato de cuidar da vida e do outro como alma da produção em saúde. Por sua vez, o trabalho em saúde mental apresenta outras especificidades. Por ser sempre um trabalho relacional é marcado pela liberdade, pela inventividade e criatividade. Algo que se constrói a cada momento, uma vez que o trabalhador é o sujeito do trabalho, isto é, quem define a produção do cuidado. O processo de trabalho é a chave da questão, porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários.

Uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, o *Acolhimento*, contribui e favorece o estabelecimento do vínculo, sendo uma ferramenta da porta de entrada do Sistema, vinculada ao processo de trabalho de um serviço de Saúde. A palavra acolher, em seus vários sentidos, expressa: dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. (FERREIRA, 1975).

A humanização da atenção e da gestão no SUS é uma

prioridade inadiável. Entendendo que não só médicos fazem a clínica, mas todos os profissionais de saúde fazem cada um a sua clínica, trazemos presente a proposta da *Clínica Ampliada*, como sendo:

- um compromisso radical com o sujeito, visto de modo singular;
 - assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde;
 - buscar ajuda em outros setores;
 - reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores;
- assumir um compromisso ético profundo.

No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabem que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas como a baixa adesão a tratamentos, os pacientes refratários, a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam os serviços e os limites da prática clínica centrada na doença. A clínica ampliada exige, portanto, dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade. O compromisso ético com o usuário deve levar o serviço a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, estas causalidades externas.

Nesse contexto de atuação, a escolha do tema desse artigo, advém de inquietações pessoais, principalmente pelo fato de estar inserida num contexto da atenção básica em saúde e perceber o quanto as pessoas em sofrimento psíquico carecem ser acolhidas em sua subjetividade e o quanto as equipes necessitam estar abertas para acolhê-los.

Na Unidade de [Atenção Primária à Saúde](#) do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição-GHC, existe uma equipe de profissionais composta por Médicos de família, Enfermeiros, Técnicos e auxiliares de Enfermagem, Dentistas, Técnicos de saúde bucal, Auxiliares administrativos, Psicóloga, Assistente Social e matriciamento das áreas da

de ensino, possuindo Residentes e estagiários de ensino médio e da graduação. Contamos com Agentes Comunitários de Saúde que são profissionais que residem no território da Unidade e complementam o trabalho da equipe.

Nesse contexto, esse estudo pretende compreender como é realizado o acolhimento na Unidade de Saúde Parque dos Maias-USPM e como são encaminhadas as situações que envolvem o *sofrimento psíquico* dos usuários. Para tanto serão utilizadas algumas ferramentas propostas pela Unidade que serão visualizadas no próximo item.

METODOLOGIA

Para compreender melhor como se dá o acolhimento no serviço de saúde e o que fazem com as questões que envolvem a saúde mental dos usuários do serviço, estamos descrevendo um processo de trabalho para articular com autores dos profissionais da saúde sobre a questão da saúde mental.

do Acolhimento realizado numa Unidade De Saúde, na cidade de Porto Alegre/RS. Realizou-se uma revisão bibliográfica no período de junho a outubro/2013, quando foram consultadas as bases de dados e fontes primárias que versam sobre o tema.

Iniciamos algumas observações sobre a prática do Acolhimento na US Parque dos Maias, pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Neste Serviço há diferentes formatos de acolhimento e as equipes de saúde dispõem de protocolos que orientam o manejo das situações que mais freqüentemente se apresentam nas recepções das Unidades.

O objetivo foi compreender o fluxo do Acolhimento na Unidade, quais profissionais faziam parte da rotina diária do mesmo e se a questão do sofrimento psíquico aparecia na queixa do usuário.

O termo *acolhimento* tem sido uma tecnologia da saúde para referir duas situações diversas:

- a) como uma ferramenta para organizar a porta de entrada das unidades de saúde em Atenção Primária em Saúde-APS;
- b) como proposta de humanização das relações interpessoais nos serviços de saúde.

Com base nos objetivos específicos do que se quer atingir, elaborou-se algumas *questões norteadoras* para guiar este estudo:

- Existe o processo de interação entre profissional e usuário, no espaço do acolhimento?
- Quais são as características do serviço de acolhimento na UBS onde se realizou o estudo?
- Existe no acolhimento atenção dos profissionais para questões sobre os aspectos emocionais dos usuários?
- Como se dá o processo de encaminhamentos a partir do acolhimento?

A partir de cada questão norteadora, seguiu-se um roteiro para compreender a que se propõe a Unidade de Saúde sobre situações de saúde mental:

- Leituras de autores sobre o tema em questão;
- Observação do espaço do acolhimento;
- Descrição dos processos de trabalho no serviço de acolhimento;
- Análise e compreensão das descrições e observações do processo de acolhimento na UBS.

SERVIÇO DE ACOLHIMENTO NA US:

Visualizou-se em seguida, a *planilha para controle de demanda* de um determinado período, que a enfermagem utiliza diariamente no espaço do Acolhimento, no qual constam alguns dos itens abaixo:

LOCAL: USPM

| PERÍODO | DEMANDAS | MOTIVOS | ENCAMINHAMENTOS |
|--------------------|--|--|---|
| 01/08 à 31/08/2013 | A demanda que o usuário traz no espaço é espontânea. | TA/PA (pressão arterial)/ HGT (hemoglicoteste)/ Curativo/ Queixa clínica/ Medicação/ Antropometria. | P/Enfermeiro P/Médico <u>OUTROS</u> agendamento de consulta/ agendamento de visita domiciliar/ serviço de urgência e emergência/ encaminhamento à outro profissional da equipe/ convite para atividade ou grupo da UBS. |

ACOLHIMENTO: DESCRIÇÃO DO FLUXO DE TRABALHO

Em relação à USPM, existe um *fluxo de porta de entrada* (ver anexo 2) que abrange o espaço físico, ilustrando situações de: Urgências/Consultas não programadas/Consultas do dia/ Atendimentos do dia/ Acolhimento. A partir deste espaço, os usuários que não possuem nenhuma consulta programada, consulta do dia ou atendimento do dia, passam necessariamente pelo

Acolhimento: Inicialmente se dirigem à recepção da Unidade

e expõem sua demanda para atendimento do dia. A recepção separa o prontuário do paciente e encaminha para o espaço referido.

Há uma escala diária de profissionais da Unidade, composta por uma Enfermeira e uma Auxiliar e/ou Técnica de Enfermagem que avaliam as situações de cada usuário que chega ao atendimento, após a distribuição das consultas oferecidas no dia. Em observações realizadas no referido período, verificou-se que as demandas apresentadas são avaliadas com base na sistemática de ponderar *riscos/vulnerabilidades* dos usuários que buscam o atendimento.

Das demandas observadas no referido período, cerca de 50% passaram para o atendimento da área Médica, pois configuraram-se como queixas clínicas, sendo atendidas na própria Unidade. Dependendo da situação, também são encaminhadas para os serviços de Urgência/Emergência do município.

Quando não são direcionadas para a Medicina, desmembraram-se em outras situações; sendo que não houve necessidade de atendimento clínico, ou por sua vez, a equipe não conseguiu absorver a demanda do paciente naquele momento. Tais situações configuram-se como: agendamento de consultas para outra data e/ou direcionamento para outra área profissional; agendamento de visita domiciliar; convite para participar de algum grupo ou atividade na Unidade de Saúde, entre outras.

ANALISE

Considerando a nossa realidade (falta de espaço físico adequado, recepção dos usuários realizada basicamente pela equipe de enfermagem, demanda espontânea excessiva em dias específicos da semana, há dias em que falta pessoal, o usuário ter que falar com várias pessoas, passar por várias etapas, voltar em diferentes dias/horários); o acolhimento da Unidade de Saúde

em questão é algo a ser pensado: caracteriza-se ainda como um espaço de triagem ?

A Política Nacional de Humanização do SUS, nos fala que,

...o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (p.17).

assim sendo, a equipe de saúde não deve centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos e burocráticos, mas procurar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o usuário e buscar uma relação mais próxima com os mesmos.

Consistindo também num ambiente que favoreça a integração entre ensino -formação-serviço, percebeu-se nas observações realizadas no espaço do Acolhimento , baixo número de situações dirigidas a profissionais das áreas multiprofissionais; desta forma, podem os profissionais/recursos de saúde não estarem sendo aproveitados da melhor maneira.

Trazendo presente o processo de trabalho em saúde, alguns autores remetem à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde, permitindo práticas sociais para além de áreas especializadas. Para Merhy (1995),

O modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

Assim sendo, é fundamental re-significar o processo de trabalho em saúde na Unidade Básica, que passa principalmente pela prática do princípio da integralidade e pela exercício da interdisciplinaridade.

dificuldades e potencialidades na expectativa de que este experimentar possa ser um espaço de aprendizagem em ato para as residências e, concomitantemente para a equipe é o que se deseja construir para melhor atender a população usuária.

Em relação às demandas de saúde mental não foi possível constatar se houveram, ou de que forma a equipe trata desta questão durante o período de observação, sendo que apenas constavam duas situações descritas como “saúde mental”, encaminhadas ao Serviço Social e à Psicologia. Remete-nos a pensar se os usuários estão se sentindo à vontade para expressar-se, percebendo-se em sua subjetividade ou não.

Uma das diretrizes propostas pelo Serviço de Saúde Comunitária-GHC é melhorar a capacidade em responder às condições crônicas dos usuários. Penso que por este e outros motivos, a planilha de demanda pode estar mais direcionada para as questões clínicas dos usuários.

A apreensão dos aspectos emocionais dos usuários pela equipe do Acolhimento deixa a desejar; penso que os profissionais ainda não estão abertos ou preparados para abordar tais questões, e realizar assim, uma escuta mais qualificada.

Ponderando o que foi descrito acima, a escuta por vezes não ocorre, sendo que está diretamente vinculada a uma *postura acolhedora*. À medida que possibilitamos a experiência do acolhimento, também estamos instigando, a construção de tal postura, que é construída e reconstruída diariamente; inventada e reinventada pelas diversas situações, possibilitando assim que o processo de interação entre profissional e usuário seja estabelecido.

Foi possível observar diferentes posturas e maneiras de se comunicar com o usuário, que conformam posturas de acolhida e não acolhida. Segundo MIRANDA & MIRANDA (1990), podemos considerar que se há interesse, disponibilidade por parte daquele que acolhe, significa que está ocorrendo

acolhimento ao usuário; se acolhe o usuário quando se lhe transmite receptividade de modo a se sentir valorizado.

Em relação ao processo de encaminhamentos realizados a partir do acolhimento e tendo presente os princípios que norteiam a recepção dos usuários nos serviços de Atenção Primária, a busca da integralidade, da equidade; a recepção/acolhimento não pode concorrer com a demanda programada. O acolhedor é um orientador cujo enfoque não é restringir consultas e sim identificar como e quem pode melhor responder às necessidades das pessoas que buscam o Serviço de Saúde, dentro da realidade dos serviços.

Neste sentido, é necessário que se garanta a interlocução para reflexão e avaliação da atividade realizada no dia-a-dia. É importante que todos os integrantes conheçam e compactuem algumas atividades que podem ser realizadas em conjunto. Quando se trabalha de forma articulada e integrada, facilita o desenrolar de uma clínica comprometida com as pessoas, como, por exemplo, a maior aproximação com a comunidade, possibilitando trocas de experiências, e, principalmente, a criação e potencialização dos recursos locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos de trabalhos existentes no serviço de saúde, as formas de encaminhamento das situações contemplam algumas ações de saúde mental, porém acredito que há muita demanda dos usuários e da própria comunidade que não chegam até a equipe.

É importante que os profissionais envolvidos no processo de trabalho no serviço de acolhimento da UBS percebam que as ações desenvolvidas nesse serviço requerem maior sensibilidade para apreensão das necessidades em saúde dos usuários e seus sofrimentos psíquicos. Entende-se que o usuário

pode ser um potencial portador da doença psíquica, e quando as situações em saúde não forem percebidas para serem tratadas, poderá haver aumento da prevalência de transtornos mentais e agravamentos de danos físicos dos usuários da comunidade.

Na Unidade de Saúde a qual estou inserida, composta por 04 (quatro) áreas de vigilância, foram criados alguns recursos coletivos e individuais de cuidado. Apresentamos como principais dispositivos comunitários, os grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, o grupo da caminhada, o matriciamento da área da saúde mental, partilhamos algumas situações e intervenções de forma conjunta. Será que contemplam as necessidades dos usuários em sofrimento psíquico? Corresponsabilizamos a equipe e a saúde do outro?

Um dos desafios hoje colocados para a implantação do atendimento integral em saúde mental está diretamente relacionado à questão da acessibilidade do cuidado territorial. Para garantir o acesso a atenção em saúde mental é preciso que os serviços estejam disponíveis para a população que dele necessita; ou seja, garantir o acesso ao cuidado do usuário.

Para tanto, o serviço também deve estar apto para atender às diferentes necessidades dos usuários. A acessibilidade torna-se um eixo central, pois, de acordo com Saraceno (59:1999), o serviço pode ou não estar atendendo às reais necessidades dos usuários. Adotar a acessibilidade como princípio dos serviços levanta questões geográficas, de períodos e de formas de funcionamento, atividades desenvolvidas, entre outras.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica caracteriza-se como uma nova maneira de buscar formas coletivas de lidar com questões do sofrimento psíquico, buscando a criação e consolidação das redes existentes no território.

Considerando os aspectos que contribuem para a eficiência da recepção/acolhimento das Unidades de Saúde, como: organização de um documento de contatos dos recursos comunitários disponíveis; levantamento da rede de saúde e serviços no entorno para pactuação de encaminhamentos; conhecimento da gama de recursos disponibilizados na própria equipe de saúde e como utilizá-los; uso de fluxogramas para situações muito freqüentes e/ou difíceis, propõe-se ações voltadas para a integração da atenção básica com a saúde mental, a partir do Acolhimento da Unidade de Saúde:

- O Avaliar periodicamente quantas pessoas chegam à Unidade de Saúde e não conseguem atendimento;
- O Desburocratizar o acolhimento para que o usuário não tenha que passar por várias etapas, voltar em diferentes dias e horários;
- O Investir em formação no sentido da escuta qualificada com os membros da equipe;
- O Criar recursos coletivos e individuais de cuidado, como sendo os mais necessários ao acompanhamento e suporte aos familiares, a partir da construção do Projeto Terapêutico Singular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRITO, M.J.M. et al . **O significado do trabalho para profissionais de saúde mental**. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG. 28(2)p.165-8.2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 7 ed. Perspectiva, p.551. São Paulo: 2004.

JARDIM, Andrea. **Percepções dos profissionais da saúde em relação aos fatores predisponentes às doenças mentais dos pacientes atendidos em um serviço ambulatorial**. Dissertação de mestrado. Universidade Luterana do Brasil-Ulbra. Programa de pós-graduação em saúde coletiva. Canoas , 2010.

LILIA, Marina Peduzzi; SHRAIBER, Blima. Processo de trabalho em saúde. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em 18/01/2014.

MERHY, E. E. **O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP – SP. 1999.

MERHY, E. E. **O SUS e um dos seus Dilemas**: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

MINISTERIO DA SAUDE. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** . Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.]. [Brasília, DF]: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. p.236.2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília, 2009.

MINISTERIO DA SAUDE. **Política Nacional de Humanização** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf. Acesso em junho/2013.

MINISTERIO DA SAUDE. **Caderno de Atenção Básica do MS, n. 28**. Fluxograma dos usuários nas UBS. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/imgs/publicacoes /geral/capa_CAP_28.jpg.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. p.176. Brasília :2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização **Clínica Ampliada, Equipe De Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília – DF 2008.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. **O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. v. 7, n. 1, p.128-159. São Paulo, 2004.

no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set/dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (Wonca) **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global.** 2008

TERRA, Marlene Gomes et al. **Saúde Mental: Do velho ao novo paradigma-uma reflexão.** Escola Anna Nery. Revista da Enfermagem. Dez;10 (4)p.711-7. São Paulo,2000.

ANEXO 1

ANEXO 2